

بررسی فراوانی هلیکوباکتر پیلوری در کودکان مبتلا به مشکلات پتیک

دکتر مهران اسماعیلی*

چکیده:

مشکلات پتیک یکی از علل مهم دل دردهای مزمن کودکان و هلیکوباکتر پیلوری یکی از عوامل مستعد کننده این مشکلات می باشد. لذا بررسی فراوانی این میکروب در کودکان با مشکلات پتیک امری لازم به نظر رسید. این پژوهش که بین سالهای ۷۴-۷۱ بر روی ۳۱۲ نفر کودک که با دل درد مزمن مراجعه کرده بودند و بر اساس معیارهای موجود در کتب مرجع برای آندوسکوپی انتخاب شده بودند در مرکز طبی کودکان تهران انجام شد، پس از تأیید مشکلات پتیک توسط آندوسکوپی از ناحیه آنتر معده بیوپسی جهت تعیین میزان هلیکوباکتر پیلوری در این کودکان برداشته شد و مورد بررسی هیستولوژیک قرار گرفت. نتیجه این مطالعه حاکی از آن است که از تعداد ۳۱۲ بیمار مورد ارزیابی که اطلاعات آنها کافی بود ۲۰۶ نفر (۶۳٪) مبتلا به هلیکوباکتر پیلوری بوده اند و بر حسب علایم بیشترین فراوانی را دل درد با ۷۶/۳٪ و تهوع و استفراغ با ۱۶/۹٪ و کمترین فراوانی را خونریزی گوارشی با ۶/۷٪ در بین علل مراجعه در این کودکان داشته اند. با توجه به یافته های پژوهش فوق اصولاً با وجود دل درد مزمن در کودکان در صورتی که بر اساس تعاریف موجود در کتب مرجع شک به مشکلات پتیک وجود داشته باشد بهترین راه تشخیص و تأیید این مشکلات آندوسکوپی تشخیصی می باشد. با توجه به نتایج این مطالعه می توان گفت در کودکان با دل درد مزمن با در نظر گرفتن میزان ۶۳٪ مثبت بودن هلیکوباکتر پیلوری نمی توان در همه آنان، هلیکوباکتر را با توجه به تعدد داروها و عوارض آنها به صورت کور (Blindly) درمان نمود.

واژه های کلیدی: هلیکوباکتر پیلوری، پتیک، کودکان

مقدمه:

است، روز به روز اهمیت شناخت هر چه بهتر روشهای تشخیص و درمان این میکروب افزوده می گردد (۴). عفونت مخاط معده به هلیکوباکتر سبب گاستریت مزمن فعال شده و می تواند منجر به بیماری اولسر پتیک و حتی کارسینوم معده شود که این مسئله بیشتر در سنین بالغین ایجاد می گردد. به هر حال هلیکوباکتر پیلوری میکروبی است که ابتلاء به آن اساساً در کودکی کسب می شود (۱). شیوع کلی آن در کودکان کشورهای پیشرفته، کمتر از ۱۰٪ است اما می تواند در کشورهای با

مشکلات پتیک بر اساس آخرین مطالعات هنگامی به وجود می آید که یک نیروی مهاجم بتواند بر مقاومت مخاطی معده یا اثنی عشر چیره شود (۶). شیوع زخم اثنی عشر و معده در گروه های سنی مختلف متفاوت است. آمار مشخصی در رابطه با بروز زخم اثنی عشر در کودکان وجود ندارد، گر چه ذکر شده که ۵-۷٪ کودکان ممکن است به آن مبتلا شوند (۷). با توجه به این که امروزه نقش هلیکوباکتر پیلوری در ایجاد گاستریت های اولیه و اولسر پتیک در بالغین و کودکان شناخته شده

* استادیار گروه اطفال - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر ۳۰ تا ۴۰٪ برسد و حتی در کشورهای در حال توسعه شیوع این میکروب در کودکان تا ۸۰ الی ۱۰۰٪ گزارش شده است (۱). امروزه درمان عفونت هلیکوباکتر پیلوری در کودکان و بالغین مبتلا به آن می‌تواند به بهبود دراز مدت اولسر دئودنوم منجر شود (۸). ابتلاء به این میکروب که در کودکی به دست می‌آید به عنوان یک ریسک فاکتور قابل توجه برای پیدایش کارسینوم معده در آینده ذکر شده است. سازمان بهداشت جهانی امروزه این میکروب را به عنوان یک کارسینوژن گروه یک ذکر کرده است. سؤالات اپیدمیولوژیک اختصاصی که لازم است به آن پاسخ داده شود این است که در چه سنی عفونت به دست می‌آید؟ ریسک فاکتورهای اختصاصی برای عفونت کدامند؟ روش انتقال و ریسک عود عفونت پس از درمان چه می‌باشد؟ فاکتورهای ژنتیکی در ایجاد اولسر پپتیک کودکان چه نقشی دارند؟ (۱۳). اینها سؤالات زیادی است که باید برای کاهش مشکلات پپتیک در کشور ما به آن جواب داده شود. اینجانب در زمان شروع مطالعه برای پاسخ دادن به اولین سؤال که شیوع این میکروب در کودکان با مشکلات پپتیک چه میزان می‌باشد قدم برداشتم و هدف پاسخ به این سؤال بوده که آیا با توجه به نتایج این مطالعه در صورت تشخیص دقیق یا حدس وجود مشکلات پپتیک کودکان می‌توان، بدون اثبات وجود این میکروب، همزمان با درمان ضد ترشح اسید همیشه درمان این میکروب نیز انجام گیرد یا خیر؟

مواد و روشها:

این مطالعه در فاصله زمانی مهر ۱۳۷۱ تا مهر ۱۳۷۷ به مدت ۳ سال طی یک مطالعه توصیفی Cross-Sectional در مرکز طبی کودکان تهران انجام گرفت، در این بررسی بیمارانی که با شکایت دل درد مزمن مراجعه کرده بودند (پس از رد سایر علل شایع‌تر و واضح دل درد مزمن) بر اساس اندیکاسیونهای

آندوسکوپی در کتب مرجع بررسی و برای آندوسکوپی انتخاب شدند. دل درد مزمن دل دردی در نظر گرفته شد که کودک حداقل سه اپیزود درد شدید را در طی سه ماه گذشته تجربه کرده به طوری که فعالیت طبیعی طفل را مختل کند. در مواردی که شک به ژiardia به عنوان یکی از علل شایع دل درد مزمن در کودکان زیاد بود قبل از وارد کردن کودکان به تحقیق، بررسی و درمان از این نظر انجام می‌گرفت و در صورت تداوم دل درد مزمن، و داشتن معیارهای زیر کودکان فوق‌الذکر به تحقیق وارد می‌شدند. معیارهای ورود به تحقیق برای کودکان مورد مطالعه داشتن حداقل دو مورد از موارد زیر به عنوان علایم مشکلات پپتیک بوده است (۷).

۱- دردی که کودک را از خواب بیدار کند.

۲- درد صبحگاهی پس از بیدار شدن از خواب.

۳- ارتباط درد با غذا.

۴- سابقهٔ فAMILIAL مثبت مشکلات پپتیک در پدر یا مادر.

۵- استفراغ.

۶- بی‌اشتهایی مفرط که منجر به کاهش وزن شود.

در مواردی که کودک بر اساس معیارهای فوق‌الذکر وارد تحقیق می‌شد لزوم انجام آندوسکوپی برای خانواده آنها توضیح داده می‌شد.

از میان تعداد کل بیماران آندوسکوپی شده، از ۳۱۲ بیمار اطلاعات کافی برای تحلیل نتایج به دست آمد و بقیه از مطالعه حذف شدند. این تحقیق اکثراً روی کودکان سنین مدرسه با میانگین سنی ۹ سال انجام شد. برای آندوسکوپی از آندوسکوپ Flexible مارک الیمپوس ژابن (GIF-E یا X-P20) بسته به سن کودک استفاده شده است. پس از آندوسکوپی برای شناسائی عامل مشکلات، از محل آتر معده جهت تشخیص هلیکوباکتر پیلوری نمونه برداری انجام شده است و با رنگ آمیزی گیمسا از نظر وجود هلیکوباکتر و نیز علایم پاتولوژیک گاستریت مورد بررسی قرار می‌گرفتند. تمامی این بیماران حداقل به مدت یک سال پس از آندوسکوپی

آندوسکوپی و بیوپسی تأیید گردید.

بحث:

وقتی صحبت از مشکلات پپتیک در کودکان می شود، گاستریت، دژودنیت و یا اولسرها، معده و یا اثنی عشر و یا حتی ازوفازیت مد نظر می باشد. از تعداد ۳۱۲ نفر بیمار، ۷۶/۳٪ دل درد، ۵۴٪ درد صبحگاهی، ۴۱/۳٪ درد شبانه، ۱۷٪ تهوع و استفراغ، ۱۷/۳٪ بی اشتها، مفرط و ۶/۷٪ خونریزی گوارشی (ملنا یا هماتمز) داشته اند. از این تعداد مراجعه کننده وجود هلیکوباکتر پیلوری در ۶۳٪ آنها با آندوسکوپی و با بیوپسی تأیید گردید. لذا می توان این علایم را به عنوان پرچم قرمز در هنگام بررسی دل درد مزمن کودکان در نظر گرفت و هنگام بررسی به مشکلات پپتیک کودکان باید از وجود این یافته ها اطلاع حاصل کرد. این تحقیق نشان داد که با یافتن این یافته های کلیدی در دل درد مزمن کودکان نباید بارها و بارها انگلها را بررسی و یا درمان کرد و توجه به مشکلات پپتیک لازم است.

علیرغم اینکه در مطالعه انجام شده، کودکان با گروه های سنی مختلف وجود داشته اند، ولی میزان اولسر معده بیش از اولسر اثنی عشر یافت شده است که نکته قابل توجه در یافته های به دست آمده در این مطالعه می باشد. از آنجا که در سنین گروه های سنی کودکان (زیر ۶ سال) مشکلات پپتیک کودکان بیشتر ثانویه و در معده می باشد و در گروه های سنی بالای کودکان (از ۶ سال به بالا) به خصوص از ۱۱ سالگی به بالا مشکلات پپتیک شبیه بالغین و اولیه می باشد شاید نکته به دست آمده فوق الذکر و تفاوت نتیجه این مطالعه با نتایج به دست آمده در بالغین (۸) تأثیر گذاری آمار یافته های سنین پایین کودکان بر نتایج به دست آمده در سنین بالای کودکان باشد (۸).

با توجه به نتایج این تحقیق مشخص شد که در بین کودکان مراجعه کننده با دل درد مزمن که با آندوسکوپی

برای کنترل نتایج بیوپسی و درمان توسط پژوهشگر پیگیری شده اند. در صورتی که اطلاعات کافی از این بیماران جهت آنالیز آماری و ثبت اطلاعات وجود نداشت از مطالعه خارج می شدند. روش جمع آوری داده ها توسط تکمیل چک لیست بوده است.

نتایج:

در این تحقیق سعی بر آن بود که تنها از میزان فراوانی هلیکوباکتر پیلوری در بین مشکلات پپتیک کودکان اطلاعی به دست آوریم. اما در حین تحقیق از علل و علایم مراجعه کودکان نیز نتایجی حاصل گردید.

علایم مراجعه:

از تعداد ۳۱۲ نفر بیمار ۲۳۸ نفر (۷۶/۳٪) با دل درد مزمن، ۱۷۱ نفر (۵۴/۸٪) درد صبحگاهی، ۱۲۹ نفر (۴۱/۳٪) درد شبانه که کودک را از خواب بیدار کند، ۵۳ نفر (۱۷٪) استفراغ، ۵۴ نفر (۱۷/۳٪) بی اشتها، واقعی و ۲۱ نفر (۶/۷٪) خونریزی گوارشی داشته اند.

تشخیص های قبلی:

از ۳۱۲ نفر بیمار، ۴۸ نفر (۱۵/۴٪) با تشخیص قبلی انگل، ۷ نفر (۲/۳٪) با تشخیص قبلی مشکلات عصبی، ۲ نفر (۰/۶٪) با تشخیص قبلی صرع شکمی، ۲ نفر (۰/۶٪) با تشخیص قبلی تمارض، ۷ نفر (۲/۳٪) با تشخیص قبلی مشکلات پپتیک و ۲۴۶ نفر (۷۷/۸٪) برای اولین بار و بدون تشخیص خاص قبلی مراجعه کرده بودند.

یافته های آندوسکوپی و فراوانی هلیکوباکتر پیلوری:

از تعداد ۳۱۲ نفر بیمار ۱۲۵ نفر (۴۰/۱٪) در آندوسکوپی اولسر معده، ۱۱۰ نفر (۳۵/۲٪) اولسر اثنی عشر، ۶۰ نفر (۱۹/۲٪) گاستریت و ۱۷ نفر (۵/۵٪) جواب آندوسکوپی نرمال داشتند. در بررسی نهائی از کلیه بیمارانی که در تحقیق باقی مانده بودند که مجموعاً ۶۳٪ بیماران با شدتهای مختلف مبتلا به میکروب هلیکوباکتر پیلوری بودند که مشکلات پپتیک آنها توسط

و آسیب شناسی منشأ پپتیک بودن آنها ثابت گردید، ۶۳٪ مبتلا به میکرب هلیکوباکتر پیلوری بوده‌اند و با توجه به وضعیت بهداشتی و موقعیت جغرافیایی کشور ما در مقایسه با کشورهای هم‌تراز، این آمار قابل قبول می‌باشد ولی نکته جالب، مقایسه این آمار با آمار وجود هلیکوباکتر پیلوری به میزان بیش از ۹۵٪ در بالغین مبتلا به مشکلات پپتیک در کشورهای جهان سوم است. در کشورهای پیشرفته میزان ابتلاء به این میکرب پایین‌تر است به طوری که در کشور فرانسه میزان ابتلا در بین کودکان با مشکلات پپتیک ۸/۱۵٪ (۱۰)، در آلمان ۷/۱۳٪ (۳) بوده است. علت پایین‌تر بودن میزان ابتلاء به این میکرب دقیقاً مشخص نیست ولی عوامل مختلفی در میزان شیوع و یا بروز آن دخیل هستند.

در مورد ریسک فاکتورهای ابتلاء به این میکرب مشخص شده است که:

- در میان کسانی که از فروشنندگان دوره گرد مواد غذایی تهیه کرده‌اند میزان ابتلاء بالا بوده است ولی ارتباطی بین میزان ابتلاء به این میکرب و مصرف ماهی، برنج، گوشت حیوانات اهلی، سبزیجات، پنیر، شیر و آب غیر جوشیده وجود نداشته است (۱).

- در مطالعه‌ای که در آلمان بر روی ۹۴۵ کودک مورد مطالعه صورت گرفته ارتباط مثبت قوی بین سیگاری بودن پدر و میزان ابتلاء کودکان به این میکرب وجود داشته است (۳).

- در یک بررسی سرولوژیکی بر روی ۱۱۶۴ کودک مبتلا به مشکلات پپتیک در ویرجینیای آمریکا با روش ELISA، مشخص شده است که میزان ابتلاء با افزایش سن، شلوغی خانواده ارتباط مثبت داشته است (۵).

- در یک مطالعه در آلمان در بین مهاجرین آسیایی و ساکنین اصلی آلمان تفاوت قابل توجهی از نظر شیوع این میکرب از نظر ملیت اصلی نشان داده است و دختران شیوع بیشتری نسبت به پسران داشته‌اند (۲) ولی در تحقیقی در فرانسه تفاوتی در بین نژادهای مختلف و

مهاجرین یا افراد بومی دیده نشده است (۱۰).
- در یک بررسی در ژاپن مشخص شده است که میزان شیوع این بیماری در بین کودکان در حال افزایش است (۹). بنابر این علاوه بر تفاوت ریسک فاکتورها در کشورهای مختلف که ممکن است عامل اصلی اختلاف میزان شیوع این بیماری در کشورهای مختلف باشد، زمان پیدایش این بیماری نیز ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد و همچنین مسئله عامل دیگری بر علل تفاوت آماری بین نتیجه این تحقیق با نتایج دیگر تحقیقات باشد.

با نگرشی به آمار گزارش شده کشورهای مختلف و مقایسه آن با آمار به دست آمده در این مطالعه به نظر می‌رسد که کشور ما از نظر وجود این میکرب در حضور مشکلات پپتیک کودکان همانند کشورهای در حال توسعه و مشکلات بهداشتی بالا می‌باشد که قابل مقایسه با میزان کم ابتلاء به این میکرب در کودکان با مشکلات پپتیک کشورهای اروپایی و پیشرفته نمی‌باشد. البته پس از این تحقیق مطالعه دیگری در اصفهان از سال ۷۴ تا کنون شروع شده است که تا این زمان میزان ابتلاء به کودکان با مشکلات پپتیک که با همان روش فوق‌الذکر بررسی انجام گرفته است بر روی حداقل ۲۰۰ مورد کودک آمار ابتلاء، ۹/۴۴٪ را نشان داده است. علت این اختلاف آماری تحقیق اخیر با آمار مورد نظر این مقاله مشخص نیست، لذا پیشنهاد می‌گردد که در نقاط مختلف کشور این بررسی صورت گیرد که آمار دقیق‌تری از وجود این میکرب در بین مشکلات پپتیک کودکان کشورمان داشته باشیم و در صورت امکان علل این اختلاف آماری نیز مشخص گردد.

با توجه به میزان ابتلاء به هلیکوباکتر پیلوری (۶۳٪) می‌توان نتیجه گرفت که لازم نیست تمام کودکان با مشکلات پپتیک را بدون تشخیص قطعی این میکرب حتماً درمان ضد این میکرب را انجام داد. بدیهی است که لازم است که این تحقیق همزمان با بالا رفتن سطح

بهداشتی و اقتصادی کشور ادامه یابد. همچنین مشخص شد که استفاده از آندوسکوپی در کودکان بی خطر بوده و شانس تشخیص صحیح را می توان با آن در حد زیادی بالا برد.

References:

- 1- Begue RE.; Gonzales JL.; Correa-Gracian H.; Tang SC. Dietary risk factors associated with the transmission of *Helicobacter pylori* in Lima, Peru. Am J Trop Med Hvg, 59(4): 637-40, 1998.
- 2- Bode G.; Rothenbacher D.; Brenner H.; Adler G. Variation in the 13C-urea breath test value by nationality in *Helicobacter pylori* infection in children. Scand J Gastroenterol, 33(5): 468-72, 1998.
- 3- Brenner H.; Rothenbacher D.; Bode G.; Gommel R.; et al. Parental smoking and infection with *Helicobacter pylori* among preschool children in southern Germany. Epidemiology, 9(5): 545-9, 1998.
- 4- Czinn SJ. *Helicobacter pylori* gastroduodenal disease in infants and children. In: Wyllie / Hymams. Pediatric: From WB Saunders Company. Philadelphia: USA, 426-33, 1993.
- 5- Flitsur Y.; Short JP.; Neace C. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in children from urban and rural West Virginia. Dig Dis Sci, 43(4): 773-8, 1998.
- 6 - Friedman LS.; Peterson WL.; Peptic ulcer and related disorders. In: Harrison TR. Harrison's principle of internal medicine: From International Edition. New york: USA, 1596-616, 1998.
- 7- Gormally S.; Gastritis and peptic ulcer disease. In: Walker WA. Pediatric gastrointestinal disease: From BC Decker Inc. Philadelphia: USA, 506-23, 1996.
- 8- Herbst JJ. Ulcer disease. In: Behrman RE.; Kliegman RM.; Arvin AM. Nelson textbook of pediatrics: From WB Saunders Company. Philadelphia: USA, 1147-50, 2000.
- 9- Kumagay T.; Malaty HM.; Graham DY.; Hosogaya S.; et al. Acquisition versus loss of *Helicobacter pylori* infection in Japan: results from an 8 year birth cohort study. J Infect Dis, 178(3): 717-21, 1998.
- 10- Raymond G.; Kalach N.; Bergeret M.; Sauve Martin H.; et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in children according to their age: a retrospective study. Arch Pediatr, 5(6): 617-20, 1998.
- 11- Rowland M.; Drumm R. Clinical significance of *H.pylori* infection in children. Br Med Bull, 54(1): 95-103, 1998.
- 12- Souto FT.; Fontes CT.; Rocha GL.; De-Oliveira M.; et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in a rural area of the state of mato grosso, Brazil. Meminst Oswaldo Cruz, 93(2): 171-4, 1998.
- 13- Weber AR. Disorder of the stomach and duodenum. In: Sliverman A. Pediatric clinical gastroenterology: From Mosby Company. Louis: USA, 182-93, 1995.